

20 20
Dott. ATTILIO ODASSO

Sezione Chirurgica
dell'Ospedale Maggiore di S. Giovanni Battista
diretta dal Prof. G. SERAFINI

Risultati di astragalectomie

Ch

Estratto dal " Bollettino e memorie della Società Piemontese di Chirurgia „
Volume II - Fascicolo 11-12 - Seduta del 30 Maggio 1932

TIPO-LITOGRAFIA

G. AMOSSO - BIELLA

1932

Dott. ATTILIO ODASSO

Sezione Chirurgica
dell'Ospedale Maggiore di S. Giovanni Battista
diretta dal Prof. G. SERAFINI

Risultati di astragalectomie

Estratto dal " Bollettino e memorie della Società Piemontese di Chirurgia „
Volume II - Fascicolo 11-12 - Seduta del 30 Maggio 1932

== TIPO-LITOGRAFIA

G. AMOSSO - BIELLA

== 1932 ==

Sezione Chirurgica
dell'Ospedale Maggiore di S. Giovanni Battista
diretta dal Prof. G. SERAFINI

Risultati di astragalectomie

Dott. ATTILIO ODASSO.

In tema di astragalectomia, poco vi è da aggiungere ai dettagli della classica tecnica operativa, mentre la discussione è tuttora aperta sulla razionalità, sulle indicazioni e sugli esiti dell'intervento.

Mi limiterò a ricordare il contrasto esistente tra le Scuole Ortopediche Europee, in genere contrarie all'astragalectomia nei piedi paralitici e le Scuole Americane che la praticano invece con molta frequenza.

Si aggiunga che, sebbene nella quotidiana pratica chirurgica, si proceda all'ablazione dell'astragalo per malattie varie dello scheletro del piede, tuttavia le proposte, di cui alcune recenti, di astragalectomie parziali, di astragalectomia temporanea con reimpianto dell'astragalo, di svuotamento modellante dell'astragalo, di artrorisi anteriore, di artrorisi posteriore, di artrodesi tibio-tarsee classiche o con semplici innesti ossei, sono l'indice dei tentativi giustificati di migliorare in determinati casi la funzionalità del piede che può risultare più o meno alterato dopo l'astragalectomia e di precisarne, modificarne ed eventualmente limitarne le indicazioni operative.

Essendo state praticate in quest'ultimo decennio nella nostra Sezione Chirurgica numerose astragalectomie per affezioni varie dello scheletro del piede, ho creduto utile vagliare le indicazioni dell'intervento, in rapporto con le alterazioni anatomo-patologiche che lo consigliarono e studiare gli esiti dell'astragalectomia

negli operati subito dopo ed a distanza dell'atto operativo, allo scopo di stabilire in quali condizioni l'astragalectomia ci può dare, sempre tenuto conto della lesione iniziale, i migliori risultati anatomici e funzionali ed in quali casi eventualmente le indicazioni possano essere più limitate e le nuove modificazioni di tecnica proposte apparire razionali e giustificate.

Ho potuto rivedere, in questi ultimi tempi, dieci dei nostri operati di astragalectomia per malattie varie dello scheletro del piede e precisamente un astragalectomizzato per frattura, uno per lussazione, uno per piede piatto valgo doloroso, uno per paralisi infantile già altrove sottoposto a ripetuti atti operativi, sei per tubercolosi astragalea, di cui due al di sotto dei dieci anni e quattro al di sopra del venticinquesimo anno di età.

Non mi indugierò nei minuti dettagli delle storie cliniche, nè nelle discussioni morfologiche e fisiologiche che ogni piede astragalectomizzato comporterebbe, a seconda della malattia per cui l'intervento fu praticato ed in rapporto all'età, alle condizioni generali del soggetto, ed al tempo cui risale l'atto operativo.

Dato il carattere della comunicazione e tenuto conto che i particolari delle singole osservazioni saranno da me resi noti in uno studio completo che ho preparato sull'argomento, mi limiterò *a presentare alcuni operati e ad illustrare con radiografie e fotografie i risultati ottenuti.*

1) *Astragalectomia per frattura.* - Uomo di 24 anni, che, cadendo dall'alto, riporta frattura dell'astragalo, la cui testa è nettamente staccata dal corpo e spostata in alto ed all'esterno. Rifiuta dapprima ogni presidio chirurgico; dopo un mese si assoggetta all'astragalectomia per liberarsi da dolori continuativi. Guarigione chirurgica per prima, mobilizzazione dopo trenta giorni, ripresa del lavoro dopo sei mesi, senza gambaletto; a due anni di distanza dall'atto operativo accorciamento di due cm. dell'arto, piede operato di forma normale ma più piccolo, e appoggiante al suolo prevalentemente sul calcagno e sulla

testa dei metatarsi, come si vede dalle impronte plantari. Mobilità della neoartrosi ridotta a metà che non nel piede sano. Incastro tibio-peroneale perfetto anche all'esame radiografico, claudicazione pressochè nulla con lieve rialzo nella scarpa; il piede si svolge bene sul suolo ed il passo si compie in modo fisiologico.

2) *Astragalectomia per lussazione.* - Donna di 62 anni con lussazione antero-esterna complicata da movimento di rotazione esterna di 45°. Mobilizzazione dopo 30 giorni da astragalectomia. Agevole la marcia senza apparecchi dopo quattro mesi. A sette anni di distanza dall'atto operativo, se si tiene conto che si tratta di una donna polisarcica del peso di 90 kg., si deve concludere che gli esiti funzionali sono realmente ottimi. Il piede operato è pressochè identico per forma, per dimensioni, per appoggi al suolo, per funzionalità, al piede sano. Non vi è atrofia dell'arto, accorciato di cm. 1,5; lievissima la riduzione dei diametri antero-posteriore e trasverso rivelato dalle impronte plantari; non sono necessari gambaletti di sostegno, il passo si compie in modo normale, la marcia è rapida, sicura, senza dolori.

3) *Astragalectomia per piede piatto valgo-doloroso.* - Donna di 30 anni già operata in tenera età di tenotomia del tendine di Achille, pare, per piede equino; residuo piede piatto che si fece doloroso, tanto da impedire il cammino. Astragalectomia. Guarigione per 1^a. Portò gambaletto per tre anni. Presentemente dopo otto anni dall'intervento cammina con rialzo nella scarpa. Accorciamento cm. 2; piede piccolo rispetto al sano accorciato di 3 cm. nel diametro longitudinale, di 2 cm. in quello trasversale. Notevole l'innalzamento ottenuto della volta, con appoggio prevalente sul calcagno, e sulla testa dei metatarsi.

Passo un po' claudicante, mancando quasi completamente la mobilità tibio-tarsea e venendo ad essere così annullata la normale flessione del piede durante la marcia.

4) *Astragalectomia bilaterale per paralisi infantile.* - Ragazza di 22 anni con quadro classico di forma gravissima di paralisi dei muscoli della gamba e dei piedi. Tentativi di cure diverse e ripetute da vari chirurghi a distanza di anni furono coronati solo da successi temporanei.

L'ammalata è incapace di reggersi sugli arti, ha piede destro varo, piede sinistro valgo, entrambi ciondolanti e privi di qualsiasi movimento. Deformazioni gravi, specie a carico della testa dell'astragalo impedivano che una corretta posizione del piede fosse ottenibile e si potesse mantenere con apparecchi protesici. Cicatrici varie e numerose erano residue ai precedenti atti operativi e facevano pensare che il tempo e l'inazione avessero resi inattivi e perduti gruppi muscolari precedentemente funzionanti.

Si praticò astragalectomia bilaterale e si cruentarono le estremità ossee residuanti, ottenendo anchilosi tibio-tarsea; si ebbe correzione del varo e del valgo, si ebbe ragione del ciondolamento che impediva il cammino e del dolore che rendeva gli apparecchi inutilizzabili. I due piedi sono deformi, paralitici, piatti, ma se si tiene conto della gravità della malattia iniziale, dei ripetuti inefficaci interventi, e delle condizioni veramente infelici in cui venne a noi la paziente, il fatto di averla potuta mettere in condizioni di camminare e la constatazione di un vero e progressivo miglioramento nel passo, ci renderanno persuasi che l'astragalectomia ci ha permesso di correggere con successo una deformità grave, contro la quale erano riusciti inutili numerosi altri artifici chirurgici od ortopedici.

5) *Astragalectomia per tubercolosi.* - Si tratta di 6 astragalectomie di cui due praticate in bambini e quattro in adulti oltre il ventesimo anno di età.

Per i ragazzi si tratta di un maschio di 9 anni e di una femmina di sette anni. Nella prima la malattia data da quattro anni, nel 2° da due. In entrambi erano riuscite inutili tutte le risorse della terapia medica: si erano formati ascessi

freddi; erano residue fistole secernenti, il piede si era posto in equinismo spiccato, e tanto questo quanto la tumefazione ed il dolore rendevano la deambulazione impossibile.

La radiografia dimostrò una grave lesione a carico del corpo dell'astragalo. L'astragalectomia portò ad una rapida guarigione ed al miglioramento dello stato generale.

La bambina, a distanza di due anni dall'intervento, cammina benissimo, con lieve accorciamento della gamba e del piede, che ha conservato parte della mobilità e le cui impronte sono assai simili a quelle del piede sano. Il ragazzo, rivisto a distanza di sette anni, è davvero rifiorito: l'accorciamento di due cm. dell'arto è ben compensato, egli può fare lunghe marcie e reggersi benissimo sulla sola punta del piede operato.

Dei quattro adulti: 2 maschi e 2 femmine rispettivamente di 38, 40, 26 e 41 anni, in cui la malattia data da 3 a 6 anni, tutti dopo un periodo variabile da 6 ad 8 mesi sono in grado di camminare senza sostegni, (se si fa eccezione di una operata, che in un precedente atto operativo in altro Ospedale era stata privata del malleolo mediale e che è obbligata a portare gambaleto per correggere un leggero varismo) a distanza da 5 ad 8 anni dall'atto operativo tutti camminano senza apparecchi, tanto che possiamo parlare di ottimi risultati anatomici e funzionali. E tale nostro giudizio è basato sulla conformazione del piede operato, più piccolo del normale, ma poco alterato nella sua forma abituale, sulla frequentissima possibilità di movimenti di estensione e di flessione, sull'assenza di dolori spontanei o provocati, sulla scomparsa di ogni fatto infiammatorio, sulla normale sensibilità, sull'assenza di turbe trofiche e di ulcerazioni, sul solido appoggio del piede contro il suolo, dimostrato dalle impronte plantari, sulla capacità di fare il passo in modo pressochè normale e talora di reggersi sulla punta dei piedi operati ed infine sulla radicale e relativamente rapida guarigione della malattia e sul ripristino abituale delle buone condizioni generali. Tali risultati sono in genere superiori a quelli che in un grande numero di casi ci può dare la stessa guarigione spontanea.

CONCLUSIONI.

Come conclusione di questo mio studio basato sull'osservazione di operati di astragalectomia e sulla vasta e non concorde letteratura esistente sull'argomento, mi pare di potere affermare:

1°) L'astragalectomia può trovare le sue precise indicazioni in casi di fratture, di lussazioni irriducibili, di osteomieliti, di tubercolosi dell'astragalo, e nelle deviazioni congenite inveterate od acquisite del piede;

nel piede paralitico le indicazioni saranno eccezionali;

nel piede torto congenito giovanile altrimenti irriducibile lo svuotamento modellante può rappresentare un intervento di tecnica semplice, fisiologico, non demolitore;

le astragalectomie parziali saranno indicate in casi del tutto particolari.

2°) Il piede privo dell'astragalo risulta poco deformato e per quanto la funzionalità e la deambulazione subiscano, in alcuni casi, lievi alterazioni, gli esiti dell'astragalectomia sono in genere ottimi, quando si tenga rigoroso conto delle indicazioni e quando si prendano in considerazione le deficienze anatomiche e fisiologiche che hanno determinato l'intervento.

3°) Nelle fratture, nelle lussazioni irriducibili, nelle osteomieliti, nelle tubercolosi dell'astragalo, i risultati saranno tanto migliori quanto più tempestivo sarà l'atto operativo;

nel piede piatto valgo doloroso, in cui l'indicazione appare logica, gli esiti possono essere ottimi;

nei piedi paralitici di notevole gravità l'astragalectomia, associata all'artrodesi tibio-tarsea, può permettere, in casi eccezionali, di correggere radicalmente deformazioni gravi ed altrimenti irriducibili, ma in tali forme gli interventi extra-articolari (tenodesi ed artrorisi) troveranno il loro abituale impiego razionale ed efficace.

4°) Le cure postoperatorie dovranno essere pazienti e metodiche, giacchè esse hanno la massima importanza per evitare deviazioni del piede, per ottenere, quando è possibile, neoartrosi ben funzionanti e per assicurare in ogni caso il successo definitivo.

FORGUE E. - J'ai entendu, avec un grand intérêt, la communication de M.r *Odasso*. Elle est une contribution a la demonstration de la valeur therapeutique à des applications multiples de l'astragalectomie, dont l'importance a surtout été établie par un maître français, par le grand chirurgien *Ollier*. Dans la tuberculose tibio-tarsienne elle a l'avantage de réaliser la suppression de l'os qui est souvent le foyer principal des lésions, de donner accès sur le os voisins et de permettre, par cette arthrotomie élargie, le traitement direct des divers foyers. Dans les fractures vicieusement consolidées du cou-de-pied, comme j'ai contribué à l'établir, aucune intervention n'égale sa valeur correctrice.
